Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Hamburg.
Dir.: PROF. P. MULZER

EIN FALL VON LICHEN RUBER MIT URTICARIA BULLOSA

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER ZAHNÄRZTLICHEN DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT HAMBURG

VORGELEGT VON
JOHANNA-DOROTHEA BIRAM
AUS HIRSCHBERG

HAMBURG 1931

Im Lehrbuch der Hautkrankheiten definiert Hebra den Lichen ruber planus als eine Hautkrankheit, „bei der sich Knötchen (Papulae) bilden, die vom ersten Moment ihres Entstehens an ununterbrochen, die ganze Zeit hindurch, ohne weitere Umwandlung bestehen und demnach weder jemals Bläschen noch Pusteln werden, sondern sich höchstens durch Entwicklung neuer ähnlicher Effloreszenzen und Auseinandertreten derselben zu umschriebenen Plaques gestalten.“ Diese Definition charakterisiert eindeutig die typischen Fälle von Lichen ruber planus. Trotzdem sind aber doch atypische Vorkommnisse berichtet worden, bei denen man eine Umwandlung echter Lichen ruber Knötchen z. B. in Bläschen angenommen hat. Diese Umwandlung sollte dann auch ein Ausdruck des Lichen ruber sein und z. B. in dem mehr oder weniger stürmischen Aufschießen der Effloreszenzen begründet sein. Ausgeschlossen mußten natürlich sekundäre Ursachen wie etwa Nebenerscheinungen der Therapie sein.

Baker hat 1881 als erster, Lavergue 1883 und Unna 1884 Fälle beschrieben, bei denen bei an sich typischen Lichen ruber planus über frisch auftauchenden oder in Involution befindlichen Knötchen vereinzelte Bläschen auftraten, die aber das Krankheitsbild nicht weiter komplizierten und darum nur als Nebenerscheinung erwähnt wurden. Dann sind aber einige Fälle in der Literatur beschriebeu worden, in denen neben den Knötchen eines Lichen ruber planus so zahlreiche und so große Blasen auftraten, daß die Affektion einen Pemphigus vortäuschen konnte. Diese Krankheitsbilder nannte man Lichen ruber pemphigoides.

Nun gehört schon der Lichen ruber planus nicht zu den häufig vorkommenden Hauterkrankungen und der sogenannte Lichen ruber pemphigoides ist eine der seltensten dermatologischen Krankheiten, die wir kennen. Allerdings ist in den letzten Jahrzehnten wiederholt das Auftreten von Blasen bei einem Lichen ruber planus beschrieben worden, aber es ist nicht ohne weiteres zu übersehen, welche von diesen Fällen die Bezeichnung „Lichen ruber pemphigoides“ wirklich verdienen. Wir wissen nämlich, daß sowohl interne Mittel und unter ihnen gerade das Arsen, als auch äußerlich angewandte, stark reizende Salben gelegentlich auf der Haut Blaseneruptionen verursachen können. Deshalb dürfen wir nicht ohne weiteres jedes Auftreten von Blasen bei einem Lichen ruber planus als ein Sympton des Lichen ansehen, sondern müssen jede Möglichkeit eines Zusammenhanges der Blasenbildung mit irgendwelchen medikamentösen Noxen sicher ausschließen, bevor wir von einem „Lichen

ruber pemphigoides“ sprechen. Die Entscheidung ist oft recht schwierig, und bei genauer Überprüfung der Literatur habe ich nur wenige Fälle gefunden, die man sicher mit dem Namen Lichen ruber pemphigoides bezeichnen darf. Die Bezeichnung „Lichen ruber pemphigoides“ stammt von Kaposi. Dieser stellte 1891 in der Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 25. November folgenden Fall vor: Ein 40jähr. Mann, der an einem typischen Lichen ruber planus litt, zeigte unter starker Beeinträchtigung seines Allgemeinbefindens eine Eruption von ausgebreiteten blauroten, erythematösen Flecken, auf denen sich pemphigusartige Blasen entwickelten. Kaposi bezeichnet diesen Fall als einen solchen, zu dem bisher noch kein Analogon existiert und überlegt, ob die Blasenbildung mit dem Lichen ruber in Zusammenhang zu bringen sei oder ob hier neben dem Lichen ruber planus ein Pemphigus vorliege.

In der Sitzung vom 13. Jauuar 1892 stellte Kaposi denselben Fall nochmals vor und betonte, daß man, da die Blasenbildung rasch innerhalb von 10 Tagen mit Hinterlassen depigmentierter Stellen akut abbrach, wohl annehmen könne es handele sich in diesem Fall nicht um einen Pemphigus, sondern um eine Intensitätssteigerung, aber keine Wesenheit des Lichen ruber planus. Diesen Fall bezeichnete Kaposi als „Lichen ruber pemphigoides“ und stellte folgende Merkmale als charakteristisch für dieses Krankheitsbild auf:

1. Akuter Ausbruch der Blasen.
2. Entwicklung der Blasen auf Erythemflecken, die zum Lichen gehören, da auf ihnen auch typische Lichenknötchen entstehen.
3. Verschwinden der Blasen im Zusammenhang mit der Rückbildung der übrigen Erscheinungen.
4. Völlige Depigmentierung der Haut an den Stellen der einstigen Blasen.
5. Starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens.

Diese von Kaposi angegebenen Merkmale sind in den späteren Beschreibungen des Krankheitsbildes nur selten vollständig vorhanden. Auch ist der Zusammenhang zwischen Lichen ruber und Blaseneruptionen, der sich im Grunde nur auf den Punkt 3., den zeitlichen Zusammenhang beider Effloreszenzentypen, wirklich stützen kann, zwar wahrscheinlich aber nicht restlos beweisbar.

Bettmann-Heidelberg beschreibt einen 28jährigen Patienten, der 14 Tage vor der Aufnahme unter heftigem Jucken an einem Ausschlag erkrankte. Dieser befiel zuerst die Beine und griff dann auf Arme und Rnmpf über. Das Jucken wurde noch heftiger unter gleichzeitiger Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Vom Arzt wurde eine Paste verordnet und am Tage nach der ersten Applikation traten Blasen am rechten Unterschenkel auf. Auch nach Fortlassen der Paste traten weitere Blasenschübe auf, die auch auf das linke Bein, den Rumpf und die Arme übergriffen. Der Patient suchte nun die Med. Klinik auf.

Verfasser beschreibt die Hautaffektion am Rumpf und an den Extremitäten; Hände, Füße und Gesicht sind völlig frei. Es finden sich an den genannten Stellen größere und kleinere, kaum erhabene, bläulich-rote, erythematöse Plaques, die, vor allem an den Extremitäten, zu größeren Flächen znsammengeschlossen sind; am Rumpf sind wenige und kleine Plaques. An diesen Stellen sind deutliche Primäreffloreszenzen nicht zu finden. Degegen sind neben den Flecken isolierte oder in Gruppen stehende typische Lichen ruber planus-Effloreszenzen zu finden: miliare Knötchen mit zentraler Dellung und Wachsglanz, von roter Farber mit einem Stich ins bräunliche. Diese typischen Effloreszenzen sind vor allem dort anzutreffen, wo nur kleine Bezirke erkrankt und große Hautpartien freigelassen sind. Blasen sieht man vor allem an Stellen, an denen sich auch die blauroten erythematösen Flecke und Infiltrate häufen, am dichtesten also an den unteren Extremitäten, und zwar sind Streck- und Beugeseiten gleichmäßig ergriffen, der Rumpf ist weniger befallen. Die Blasen stehen auf den roten Flecken selbst und auch an den Stellen, an denen sie anscheinend aus intakter Haut heraus entstanden sind, besitzen sie einen mäßig breiten, blauroten Hof. Die meisten sind ca. haselnuß- bis walnußgroß, ziemlich prall gespannt und neigen, wo sie dichter stehen, zu Konfluenz. Der Inhalt der Blasen ist wachsklar, hellgelblich, fadenziehend, alkalisch und enthält reichlich Eiweiß. Mikroskopisch wurden nur wenige Leukozyten, fast keine roten Blutkörperchen gefunden. Färbung auf Bakterien beim Inhalt frischer Blasen blieb negativ. Auf der Haut waren nirgendwo Kratzeffekte sichtbar. Kein Fieber. Innere Organe und Nervensystem gesund. Blutuntersuchnng normal. 8% Eosinophile.

Die Erkrankung blieb ca. 3 Wochen in ihrem akuten Stadium. Frische Lichenknötchen, Erythemflecke und Blasen traten auf. Die Affektion breitete sich weiter auf Rumpf und Hals aus. Danach erfolgte rasche Besserung, kein Auftreten neuer Eruptionen. An den Stellen, die den erythematösen Herden entsprachen, trat Abheilung mit starker Pigmentation ein, während die Blasen unter Hinterlassung von Depigmen- ationen, die auch später nicht geschwunden sind, abheilten. In diesem Falle glaubte der Verfasser einen Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposi's vor sich zu haben. Beim Eintritt des Patienten in die Klinik bestand bereits die pemphigoide Eruption. Diese kann also nicht auf das Arsen zurückgeführt werden, das vorher nicht gegeben wurde und unter dessen Medikation später der Prozeß auch zur Ausheilung gelangte. Die Annahme einer medikamentösen Ursache für die Blaseneruptionen kann aber doch nicht völlig fallengelassen werden, da der Patient diese unmittelbar im Anschluß an eine Salbenmedikamentation erlitten hatte. Zum mindesten liegt hier der Gedanke nahe, daß durch die mechanische Reizung beim Auftragen der Salbe die Blaseneruption hervorgerufen sein kann. Auch spricht der relativ leichte und schnelle Verlauf der Erkrankung in diesem Sinne.

Finger-Wien beschreibt einen 27jährigen Patienten. Am Stamm finden sich typische Lichen ruber-Knötchen. An beiden Oberarmen ist die Haut geschwellt und erythematös gerötet, unter Freilassung der Ellbogenbeugen bis zu den Handwurzelgelenken. Ähnliche größere und kleinere Flecke geschwellter und erythematöser Haut finden sich besonders auf den Streckseiten der unteren Extremitäten, die Knöchelgrenze scharf abgrenzend. Auf dieser erythematös geröteten Haut finden sich sowohl auf den unteren wie den oberen Extremitäten zahlreiche erbsen-, haselnuß- bis walnußgroße Blasen, die prall gefüllt sind und einen dünnflüssigen, gelblich-klaren Inhalt haben.

Der Patient fühlt sich matt und verspürt heftigen Juckreiz. Unter hohem Fieber — bis 40° — ist das Erythem allmählich von den Extremitäten auf den Stamm übergegangen, zeigt am Abdomen einzelne Flecke, während es an den Seitenteilen von Brust und Bauch zum Teil konfluiert ist, so daß die Lichen ruber-Effloreszenzen überall von erythematöser Haut eingeschlossen sind. Auf der Basis derselben sind zahlreiche pralle, mit klarem Inhalt gefüllte Blasen aufgetreten. Auch an den Extremitäten ist das Erythem auf Hand- und Fußrücken fortgeschritten, die Haut ist erythematös gerötet und geschwellt, während andererseits die älteren erythematösen Flecke an Oberarmen und Oberschenkeln mit Hinterlassung gelbbrauner Pigmentation allmählich schwinden. Auf der Basis der neuen und älteren Erythemflecke, hie und da auch auf scheinbar normaler Haut, treten große und kleine Blasen auf. Dieser Zustand tritt im Verlauf der nächsten Wochen langsam zum Rückgang des Prozesses und schließlich zur Heilung, unter Zurücklassung starker Pigmentation an den Stellen der früheren erythematösen Flecke, ein. In diesem Falle wurden weder Salben, noch sonst reizende Mittel und auch kein Arsen gegeben. Bei dem schweren Verlauf der Erkrankung und der starken restierenden Pigmentation besteht eine Übereinstimmung mit dem Kaposischen Fall. Finger nimmt auf Grund dieser Beobachtung für den echten Lichen ruber pemphigoides drei Übergangsstufen an:

1. Typischer Lichen ruber planus, „bei dem zur Zeit des akuten, generalisierten Ausbruches einige Blasen das Krankheitsbild komplizieren, ohne es zu trüben."
2. Fälle, „wo zu den bestehenden Lichen ruber planus-Knötchen skarlatiniforme Erytheme hinzukommen."
3. Fälle, „in denen Erytheme und Blasen in den Vordergrund treten und das Krankheitsbild fast bis zur Unkenntlichkeit verändern."

Der von Finger beschriebene Fall müßte demnach zu den letzteren gezählt werden.

Trýb beschreibt folgenden Fall: Patient kommt in seine Behandlung wegen eines typischen Lichen ruber planus, der ca. 2 Monate bereits besteht und die Haut des Stammes, der Oberarme und Oberschenkel

befallen hat. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist ganz gut, nur besteht starker Juckreiz. Der Krankheitsprozeß breitet sich bald weiter aus. Auf der Haut der Unterarme und Unterschenkel treten Lichenknötchen auf und in der Gegend der Sprunggelenke, besonders am Dorsum, zeigen sich erythematöse Flecke, die stark jucken. Nach ca. 14 Tagen bildeten sich an der Ulnarseite, nahe am Handgelenke der rechten Hand, einzelne hanfkorngroße Bläschen inmitten der von konfluierenden Knötchen bedeckten Hautpartien. Klinisch war es sehr schwer zu beurteilen, ob es sich um eine direkte Umwandlung handelte. Da aber in diesen Partien von einer normalen Haut kaum die Rede sein konnte, war das Gegenteil sehr unwahrscheinlich. Die Bläschendecke war jedoch ganz glatt und man konnte keine Spur irgendwelcher Epithelverdickung (Wickham'sches Phaenomen) konstatieren. Zur Zeit der Blasenbildung hatte der Ausbreitungsprozeß seinen Höhepunkt erreicht. Das Jucken wurde noch heftiger als früher, der Patient war ohne Appetit und die Temperatur erhöht. Zwei Tage darauf breitete sich die Blaseneruption nicht nur auf die beiden Vorderarme aus, sondern ergriff auch die unteren Extremitäten in der dorsalen Gegend der Sprunggelenke auf den vorher erwähnten erythematösen Flecken. Eine Woche nach dem Auftreten der ersten Blasen zeigte sich folgendes Bild:

> „An den dorsalen Partien der beiden Sprunggelenke bestehen einige bis taubeneigroße Blasen, die bernsteingelb durchschimmern und hie und da zusammenfließen. Vereinzelte Blasen verschiedener Größe sind verstreut über die Haut der Unterschenkel, der Vorderarme und der Finger, einige Blasen sitzen an der Innenseite des linken Oberschenkels. Am Stamm waren keine Blasen zu finden. Es besteht jetzt Temperatur zwischen 38° bis 39,4°; der Patient ist schwach und appetitlos. Innerer Befund ist normal. Urin o. B. Blutbefund: 15.000 Lc., 8,5% Eosinophile, 10,3% Monocyten, 1,4% Metamyelocyten. Sonst o. B. Die erhöhte Eosinophilie, Monocytose und die Anwesenheit der Metamyelocyten stimmen mit den Ausstrichen der Blaseninhalte vollständig überein. Der Zeitraum der Aussaat der Blasen war nicht länger als 14 Tage, so daß 3 Wochen nach der ersten Blaseneruption der Prozeß fast vollständig abgeklungen war. Zur gleichen Zeit verschwand auch die Knötcheneruption des Lichen ruber planus mit Hinterlassung mächtiger Pigmentationen, besonders am Stamm."

Nach dieser Beobachtung glaubt der Verfasser berechtigt zu sein, für diesen Fall die Diagnose „Lichen ruber pemphigoides" zu stellen. Es handelte sich um eine stürmisch verlaufende, das Allgemeinbefinden stark beeinflussende Erkrankung, bei der es an einzelnen Stellen durch den stark gesteigerten, rapide verlaufenden Prozeß zur Blasenbildung kam. Verfaffer hält die Hände, Füße, Vorderarme und Unterschenkel für prädisponiert für die Blasenbildung. Er glaubt, daß das Arsen in diesem Fall die Blaseneruption

nicht hervorgerufen habe, denn der Patient wurde mit Solarson, einem ziemlich schwachen Mittel, behandelt und auch die 12 Injektionen, die der Patient während eines Monats erhielt, konnten kaum eine solche Wirkung hervorrufen. Auch die gleichzeitig eintretende Heilung der Blaseneruption und der Lichen ruber-Knötchen hält der Verfasser für einen Beweis der Einheitlichkeit des Prozesses im Sinne eines Lichen ruber pemphigoides.

Ruete beschreibt einen 20jährigen Mann, der unter schweren Allgemeinerscheinungen an Lichen ruber planus erkrankt war, dem bald Blasenbildungen folgten. Es fand sich folgendes Bild: Auf der Haut von Rücken, Brust, Abdomen, Oberschenkeln und Oberarmen besteht ein disseminierter Lichen ruber planus. Außerdem finden sich an den Unterschenkeln und Vorderarmen neben disseminierten typischen Lichen-Papeln und großen Lichenplaques erythematöse Herde. Die Blasen treten auf gesunder und erythematöser Haut auf, sind über haselnußgroß und zeigen teils serösen, teils sanguinolenten Inhalt. Es wurde Arsen gegeben. Die Blasen bestehen ca. 3—4 Wochen, dann beginnt langsam die Heilung der Krankheit. Nach Abheilung der Blasen, die auf gesunder Haut entstanden waren, entwickelten sich an den Rändern dieser Stellen typische Lichenpapeln. Die histologische Untersuchung zeigte, daß die Blasen durch ödematöse Verdrängung im Stratum spinosum, durch kolloidale Degeneration der Zellen in diesem Gebiet und durch Ablösung des ganzen Rete entstanden waren, daß also die drei von Gans, Riecke und Kyrle erwähnten Möglichkeiten der Blaseneruption bei dem vorliegenden Fall vorhanden waren. Ruete hält diesen Fall für einen echten Lichen ruber pemphigoides, da die Blasenbildung vor der Arsenbehandlung auftrat. Er versteht unter Lichen ruber pemphigoides „eine akut einsetzende Krankheit, die aus einer gewöhnlichen, isoliert-stehenden Lichenpapel und großen, erythematösen, aus ebensolchen Papeln bestehenden Plaques besteht. Dazu gesellen sich auf der gesunden oder auf der erythematösen Haut Bläschen und Blasen, die sanguinolent werden können und die Größe einer Walnuß erreichen. Die auf gesunder Haut aufgetretenen Blasen können nach ihrer Abheilung Lichenpapeln und Pigmentverschiebungen hinterlassen. Der Allgemeinzustand der Patienten ist zu Beginn der Erkrankung schwer geschädigt, die Kranken erholen sich aber bald, wie überhaupt die ganze Krankheit bei entsprechender Therapie nicht von langer Dauer ist, sondern in etwa 2 Monaten ausheilt."

Engmann-St. Louis beschreibt einen 40jährigen Patienten, der an beiden Armen einen Ausschlag bekam, der sich allmählich universell ausbreitete. Er hatte einen akuten Charakter und war gekennzeichnet durch Linien und Plaques, die aus kleinen, linsengroßen, schwach erhabenen, glänzenden, hellen Papeln bestanden, von denen viele eine zentrale Depression aufwiesen. An den Extremitäten sah man hie und da verstreut, einzelstehend oder in Gruppen, helle Bläschen von ver-

schiedener Größe. Die meisten Blasen waren gespannt, mit klarem serösen Inhalt und verursachten starken Juckreiz. Verfasser hat sich besonders mit der histologischen Untersuchung der typischen Lichen planus-Papel und der Blasen beschäftigt. Die hauptsächlichsten, von der Norm abweichenden Befunde waren:

1. Ungewöhnliche Neigung zu Oedemen, besonders starke Durchtränkung der Cutis;
2. eine sehr feste, resistente, nicht ödematöse Epidermis;
3. gewisse degenerative Veränderungen in den oberflächlichen elastischen Fasern.

In den vorher angeführten Fällen von Kaposi, Finger, Bettmann, Ruete, Tryb und Engmann kann man wohl von einem Lichen ruber pemphigoides sprechen in dem Sinne, wie ihn Kaposi zuerst charakterisiert hat. Wenn auch nicht immer alle Voraussetzungen, die Kaposi zur Diagnose „Lichen ruber pemphigoides" wünscht, gegeben sind, so ist doch wohl allen Fällen gemeinsam der schwere Verlauf der Erkrankung, eine akute generalisierte Eruption des Lichen ruber und zu gleicher Zeit das Auftreten von ausgebreiteten, flächenhaften Erythemen, auf denen zahlreiche wasserhelle Blasen und Bläschen in Schüben längere Zeit hindurch aufschießen. Nach Kaposi stellen die Blasen eine Intensitätssteigerung der Eruption, aber keine Wesenheit des Lichen dar. Mikroskopisch nachweisbare Blasen oder besser, mit Exsudat gefüllte Lücken im Epithel gehören ja zum histologischen Bilde fast jedes Lichen ruber planus und diese mikroskopisch nicht wahrnehmbaren Blasen können sich in seltenen Fällen wohl so vergrößern, daß sie sichtbar werden.

Ein sicherer Beweis für die Einheitlichkeit beider Prozesse wäre allerdings nur dann geführt, wenn eine Umwandlung von Lichen ruber-Knötchen in Blasen sicher nachgewiesen wäre. Dies ist aber in keinem der Fälle geschehen. Auch in dem Fall von Tryb z. B. war auf der Blasendecke kein Wickhamsches Phaenomen nachweisbar. Die Beschreibung der Fälle hinterläßt vielmehr den Eindruck eines lediglich zeitlich verbundenen Nebeneinanders von echten Lichen ruber-Knötchen und von erythematösen und mit Blasenbildung einhergehenden Effloreszenzen.

Der Lichen ruber planus könnte dann zu einem Lichen ruber vesiculosus oder, wie ihn Kaposi genannt hat, pemphigoides werden.

Zu unterscheiden von diesen Fällen sind natürlich solche, in denen zu einem Lichen ruber planus sich sicher nur sekundär eine idiopathische oder symptomatische Blasenbildung hinzugesellt. Und damit kommen wir zu der zweiten Gruppe der Beobachtung, die die Mehrzahl der Fälle umfaßt. Verursacht wird in diesen Fällen die Intensitätssteigerung, der Exsudationsexceß, der zur Bildung mikroskopisch sichtbarer Blasen führt, wohl in erster Linie durch äußere Irritationen. Insbesondere das Kratzen,

dann aber auch Reiben, Druck, der Reiz angewandter Medikamente — äußerlich Karbol und Sublimat — vor allem aber das in der Lichen-Therapie am meisten angewandte Mittel, das Arsen, welches ja auch in seltenen Fällen zu Blaseneruptionen führt, sind derartige Noxen. Bei Kranken mit Lichen ruber planus kann das Arsen einen Reizzustand herbeiführen, der in einer Steigernng der entzündlichen Exsudation mit dem Effekt der Blasenbildung seinen Ausgang findet. Die beobachteten Fälle zeigen, daß im Verlauf eines universellen akuten Lichen ruber planus, meist schon zur Zeit einer ziemlich weit vorgeschrittenen Arsenbehandlung, einmal oder in mehreren Schüben Bläschen und Blasen auftreten. Diese Blaseneruption verleiht der Erkrankung kein besonderes Gepräge, man kann auch von keinem besonders schweren Verlauf des Lichen ruber planus sprechen, die Bläschen heilen schnell wieder ab. Für die Mehrzahl der Fälle von Lichen ruber, bei denen im Verlauf der Erkrankung eine Blaseneruption stattfindet, ist der Zusammenhang derselben mit einer Arsenbehandlung möglich oder wahrscheinlich. Ich habe im Folgenden aus der Literatur die Fälle herausgesucht, bei denen ich diesen Zusammenhang klar nachweisen konnte.

Bettmann-Heidelberg beschreibt den Fall eines 12jähr. Mädchens, das seit ca. 1/2 Jahre an einer intensiv juckenden Hautaffektion des Halses, Nackens, der Lendengegend und an den Handgelenksbeugen leidet. Es zeigen sich an diesen Stellen trockene, rote, derbe, leicht schuppende Plaques, in deren Umgebung gedellte, wachsartige, glänzende Knötchen isoliert oder in kleinen Gruppen zu sehen waren und die Diagnose „Lichen ruber planus“ ermöglichten. Es wurde eine Arsentherapie eingeleitet; sechs Wochen nach Beginn derselben traten im Bereich der erkrankten Lumbalhaut 6–8 erbsengroße, mit heller Flüssigkeit gefüllte Bläschen auf, die innerhalb weniger Tage schon wieder eintrockneten und verschwanden. Verfasser führt diese Blasenbildung bestimmt auf das Arsen zurück. Sehr in Frage kommt hier aber wohl ein Arsenzoster.

Allen-New York beobachtete folgenden Fall: 52jähriger Patient erkrankte an einem universellen Lichen ruber planus. Nach einer ca. 5 Monate langen Arsenmedikation zeigten sich an den Füßen zahlreiche Blasen, teils mit klarem, teils mit haemorrhagischem Inhalt. Vier Tage später erschienen unter Schmerzen, Brennen und Jucken an der Vorderfläche der rechten Toraxseite zwei Gruppen von Bläschen und nach fünf weiteren Tagen Bläschen am ganzen Körper. Daraufhin wurden die Arsendosen vermindert und vier Wochen später war der Patient frei von allen Anzeichen des Lichen ruber. Es ist auch hier ganz evident, daß die Blasenbildung auf das Arsen zurückzuführen war, da sie ja aufhörte sobald man die Dosen verminderte.

Trautmann-München beschreibt einen Patienten, der am ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts und Halses, an einem typischen Lichen ruber planus litt. Zur Therapie wurde Arsen gegeben

und danach entstanden auf der Basis erythematös geröteter Hautflecke zahlreiche erbsen- bis walnußgroße, mit dünnflüssigem, gelblichen Sekret gefüllte Blasen, die sich allmählich über den ganzen Körper verbreiteten. Die Blaseneruption dauert zwölf Wochen. Während dieser Zeit war das Allgemeinbefinden des Patienten schwer gestört: er hat unregelmäßig remittierendes Fieber, leidet an Appetit- und Schlaflosigkeit und verspürt quälendes Jucken. Nach 13 Wochen sind die Blasen fast ohne Pigmentierung geheilt, der Lichen ist nach zwei weiteren Monaten verschwunden. Auch in diesem Fall liegt es trotz der Schwere der Erkrankung nahe, die Blasenbildung wegen des unmittelbaren zeitlichen Zusammenhanges auf Arsen zurückzuführen.

Tamm-Hamburg beobachtete einen Patienten, bei dem die ersten stark juckenden Lichen-Knötchen sich an den Beugeseiten der Handgelenke, dann am Brustbein zeigten und schließlich auch in der Steißbeingegend und an den Oberschenkeln. Nach 1/2 Jahr war die Affektion über den ganzen Rumpf verbreitet. In dieser Zeit traten auch einige Blasen auf, die sich in den nächsten Monaten mehrfach auf der von Lichen befallenen Haut entwickelten. Der Patient reagierte in der Therapie stark auf Arsen, nach Arsendarreichungen steigerte sich die Blasenbildung. und das Allgemeinbefinden verschlechterte sich. Die histologische Untersuchung zeigte, daß das Epithel von der Unterlage in toto abgehoben war. Verfasser glaubt, daß es sich in diesem Fall keineswegs um einen Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposi's handelte. Vielmehr nimmt er an, daß es sich um eine Arsenwirkung handelte, für die außerdem bei diesem Patienten eine besondere Prädisposition vorlag. Er faßt sein Ergebnis zusammen: „Die Blasenbildung ist ein zwar seltenes, aber dem Lichen ruber planus an sich nicht fremdes Phaenomen. Sie wird hervorgerufen dnrch besonders starke exsudative Vorgänge, die durch Arsenwirkung, aber auch durch äußere Reizmittel gesteigert werden können. Wahrscheinlich kommt aber außer diesen Momenten noch eine besondere histologische Struktur der Lichenpapel als begünstigend für die Blasenbildung in Betracht."

Sáinz de Aja beobachtete einen Fall von allgemeiuem Lichen ruber planus bei einer 64jährigen Frau. Nach viermonatigem Gebrauch von Fowler'schem Liquor arsenicalis, als die Affektion schon im Schwinden war, traten Blafen auf, die an Pemphigus erinnerten. Die Arsenbehandlung wurde fortgesetzt, die Blaseneruption schritt auch fort. Nach weiteren vier Monaten wurde die Arsenbehandlung abgebrochen, die Blasenbildung hörte sofort auf, die Pigmentation ging schnell zurück. Dadurch sieht sich der Verfasser veranlaßt, die Blaseneruption auf die Arsenkur zurückzuführen und nicht als Komplikation des Lichen ruber aufzufassen.

Neuberger beschreibt eine 22jährige Patientin, die an ausgedehntem Lichen ruber planus leidet. Unter energischer Arsenbehandlung gehen die Erscheinungen bald zurück. Plötzlich, nachdem schon 180

Pillen eingenommen worden sind, sind an verschiedenen Stellen Blasenbildungen zu bemerken, vorzugsweise an der Beugeseite des linken Oberarmes, an den Plantarflächen beider Füße und an der Lippenschleimhaut, an Gegenden, an denen im übrigen Lichen ruber-Efflorescenzen und Plaques nur sehr vereinzelt oder garnicht vorhanden waren. Ohne Therapie ging die Blaseneruption zurück, keine Pigmentation hinterlassend. Es ist wohl anzunehmen, daß die plötzliche Blaseneruption auf das Arsen zurückzuführen ist.

Ein Fall von Lichen ruber planus, bei dem Blasenbildungen in umfangreicher Weise auftraten, kam am 14. Oktober 1930 in der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Hamburg zur Beobachtung und gab durch seinen Verlauf und seine Heilung Gelegenheit, sich mit der Frage des aetiologischen Zusammenhanges zwischen Lichen-Knötchen und Blaseneruption näher zu beschäftigen.

Die Anamnese bot Folgendes:

Patient W. B., Landwirt, 51 Jahre alt, will als Kind nie ernstlich krank gewesen sein. Die jetzige Krankheit begann nach seinen Angaben 4 Monate vor Aufnahme ins Krankenhaus. Es soll sich damals zunächst am rechten Unterschenkel ein dunkler Herd von Markstückgröße gebildet haben, der stark juckte. Allmählich griff die Erkrankung auf die gesamte untere Extremität über und breitete sich dann innerhalb kurzer Zeit auf alle Extremitäten und den Stamm aus. Nach Angaben des Patienten verursachten alle befallenen Hautpartien sehr starken Juckreiz. 14 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus klagte der Patient über Blasenbildungen, hauptsächlich an den Extremitäten. Patient hatte sich in ärztliche Behandlung begeben; es wurde ein Lichen ruber diagnostiziert. Behandlung zunächst mit weißer Salbe und Arsen. Da die Krankheit sich aber verschlimmerte, ließ sich der Patient in die Klinik aufnehmen.

Status:

Es handelt sich um einen kräftigen Mann in gutem Allgemeinzustand.

Innere Organe: o. B.

Cor.: normal groß, leises systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen ist hörbar (Coronarsklerose?). Paroxysmale Tachycardie.

Lungen: o. B.

Harn: E. Ø, Z. Ø, keine pathologischen Formelemente.

Reflexe: normal.

WaR: —

Haut: Die Haut des gesamten Körpers ist mit Lichen-Papeln übersät, besonders stark an den Extremitäten. Frei sind nur das Gesicht und die Partie oberhalb der Claviculargrenze und der Hals. Die Eruption ist symmetrisch, an keine Praedilektionsstellen gebunden, sondern der ganze Körper ist fast gleichmäßig übersät. Die Einzeleffloreszenz ist eine typische Papel von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu einem Hanfkorn

und einer Linse. Ihre Form ist polygonal, abgeflacht, bei einigen (von vornherein oder sehr bald) zentral eingedellt; ihre Oberfläche ist glatt und glänzend, ihre Konsistenz trocken und fest. Die Farbe der Efflores-zenzen ist blasrot — bis rot oder bräunlichrot. Bei den meisten Papeln findet man noch ein Merkmal, das pathognomisch für Lichen ruber planus ist: weiße oder graue opake Streifen oder Punkte, die auf der rötlichen Oberfläche der Papeln ein Netzwerk oder mit Knötchen versehene Verzweigungen oder Sterne bilden. (Wickham'sches Phaenomen). Manchmal ist um die Effloreszenz herum ein ganz feiner hyperämischer Hof zu sehen. Die ältesten Herde an den Unterschenkeln sind konfluiert, hyperkeratotisch, mit kleinen dellenartigen Vertiefungen und kleinen Schüppchen. Einige isolierte Effloreszenzen finden sich in der Mundhöhle als weißliche, verzweigte Leistenbildungen und stecknadelkopfgroße, weißliche Papeln auf der linken Wangenschleimhaut und an der Glans.

Neben diesen Erscheinungen bestehen Blasenbildungen, die anfangs die Größe eines Hanfkornes haben, die sich aber vergrößern, haselnuß- bis walnußgroß werden und von einem hyperämischen Hof umgeben sind. Diese Blasen stehen meist auf urticariell vorgebildeten Hautstellen und entstehen niemals am Tage, sondern immer des Nachts, wenn Patient warm wird, starken Juckreiz bekommt und dann scheuert. Wenn dem Patienten nachts die Arme verbunden wurden, damit er nicht scheuern konnte, so bildeten sich keine Blasen, es trat also keine *spontane* Blasenbildung auf. Die Blasen finden sich in allen Größen und an allen Stellen, die mechanischer Reizung ausgesetzt sind: an den Füßen, Unter- und Oberschenkeln, auf der Brust, an den Handgelenken etc. Eine Gruppierung oder Prädilektion ist nicht nachweisbar.

Der Zustand des Patienten war in der ersten Woche gut; es bestand keine Temperatur. Er erhielt vom zweiten Tag seines Aufenthaltes ab täglich 5 g NaCl zu den Speisen, nach drei Tagen schossen bei leichtem Temperaturanstieg vermehrt kleine, wasserhelle Blasen an den Extremitäten auf. Bei Absetzen des gesamten Kochsalzes aus der Nahrung und Ersatz durch Titrosalz (Titrosalz ist ein Salzgemisch, das die Kationen im physiologischen Verhältnis der Blutserumrelation enthält) — 10 g täglich — hörte der Juckreiz prompt auf. Gleichzeitig bildeten sich keine neuen Blasen mehr. Zur Kontrolle, ob es sich um eine Spontanheilung handelte oder ob die Kochsalzüberempfindlichkeit noch besteht, wurde nach 14 Tagen erneut 2 mal täglich 5 g NaCl gegeben. Nach wenigen Tagen erfolgten stärkere Blasenschübe und es trat erheblicher Juckreiz auf. Die Blasen nahmen teilweise fast Pflaumengröße an, bedeckten die ganzen Extremitäten und vereinzelt auch den Rumpf. Unter gleichzeitigem Temperaturanstieg auf 40° trat eine Mischinfektion des Blaseninhaltes ein. Nach drei Tagen waren zahlreiche Blasen in Pyodermien umgewandelt. Das Aufschießen neuer Blasen sistierte jedoch sogleich mit dem Absetzen des Kochsalzes und dessen Ersatz durch Titrosalz. Abheilung der Pyodermien unter Kali permang.-Bädern und Argent. nitr.-Pinselungen.

Die alten Blasen waren abgeheilt. Die Temperatur war normal und der Patient konnte entlassen werden. An den von Lichen-Papeln befallenen Stellen zeigten sich Pigmentationen; die Blasen haben keine Spur hinterlassen.

Zusammenfassung:

Es ist in diesem Fall wohl mit Bestimmtheit ein Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposi's auszuschließen. Die Krankheit verlief wenig stürmisch, der Patient fühlte sich, abgesehen von starkem Juckreiz und den einzelnen Fieberanfällen, meist recht wohl. Es bestand kein akuter Ausbruch der Blasen, sie entwickelten sich langsam und nicht gleichzeitig an den befallenen Stellen. An den Stellen, an denen früher Blasen waren, blieben nach der Heilung keine Depigmentationen zurück. Die Voraussetzungen, die — nach Kaposi — zur Diagnose eines Lichen ruber pemphigoides gegeben sind, fehlen also.

Es handelt sich in diesem Falle um einen Lichen ruber mit Utricaria bullosa. Der Patient erkrankte an einem typischen Lichen ruber, der am rechten Unterschenkel begann und sich dann allmählich über den ganzen Körper verbreitete — Lichen disseminatus. Die Krankheit verursachte starken Juckreiz und nach einiger Zeit bemerkte der Patient Blasenbildung. Diese trat immer nur des Nachts auf, wenn der Patient warm wurde und scheuerte. Wenn diese mechanische Irritation verhindert wurde, traten keine Blasenbildungen mehr auf. Dies ist also ein Beweis, daß die Blasenbildung keine Wesenheit des Lichen ruber darstellte, sondern durch mechanische Momente bedingt war. Um zu beweisen, daß es sich bei der Blasenbildung um einen urticariellen Prozeß handelte, wurde — da bei solchen Prozessen nach den Arbeiten von Keining und Hopf durch Kochsalzschübe Blasen provoziert werden — dem Patienten 4 mal täglich NaCl gegeben. Schon nach einem Tage traten sofort unter heftigem Juckreiz ausgedehnte stärkste Blasenbildungen auf. Diese Reaktion war so schwer, daß gleichzeitig ein Temperaturanstieg auf 40° erfolgte. Daraufhin wurde dem Patienten vollkommen das übliche Kochsalz als Nahrungszusatz entzogen und durch Titrosalz ersetzt. Dabei sistierte sogleich die Blasenbildung. Es traten keine erythematösen Herde mehr auf und innerhalb weniger Tage hörte der Juckreiz auf Die Lichen ruber-Effloreszenzen blieben zunächst unverändert. Der Patient bot in diesem Stadium das Bild eines typischen Lichen ruber dar. Die auf urticarieller Basis aufschießenden Blasenbildungen stellen also offenbar einen von dem Lichen ruber völlig getrennten Prozeß dar. Während der weiteren Behandlung des Patienten mit einer kochsalzzusatzfreien und statt dessen mit Titrosalz gewürzten Diät trat kein Juckreiz wieder auf und im Verlauf von Monaten trat ein völliger Rückgang des Lichen ruber planus uud eine Abheilung des Prozesses unter Hinterlassung von Pigmentationen ein.

Damit ergibt sich nunmehr, daß zwar die Lichen ruber-Effloreszenzen und die urticariellen Blasenbildungen streng unterschieden und als un-

abhängig von einander angesehen werden können, beide Prozesse aber auf eine gleiche, das reine NaCl vermeidende Medikation abheilen. Aetiologisch ergibt sich daraus doch nunmehr wieder ein Hinweis für eine gewisse Einheitlichkeit.

Zum Schluß erlaube ich mir, Herrn Professor Mulzer für die Überlassung des Themas, sowie Herrn Priv.-Doz. Dr. Keining für die freundliche Beratung und Unterstützung bei der Bearbeitung meinen besten Dank zum Ausdruck zu bringen.

LITERATURVERZEICHNIS.

ALLEN-New York:	*Lichen ruber planus, eine vesikuläre und bullöse Affektion.* *Dermat. Wochenschrift, Bd. 35, 1902.*
BETTMANN:	*Lichen ruber pemphigoides.* *Dermat. Wochenschrift, Bd. 32, 1901.*
ENGMANN-St. Louis:	*Lichen ruber planus bullosus.* *Dermat. Wochenschrift, Bd. 39, 1904.*
FINGER:	*Lichen ruber pemphigoides.* *Wien. med. Wo. Nr. 4, 1904.*
KAPOSI:	*Lichen ruber mit diffusen Erythemen und pem phigusartigen Blasen.* *Dermat. Wochenschrift, Bd. 14, 1892.*
KEINING und HOPF:	*Über das Wesen der vegetativen Störungen, die Bedeutung der sogenannten salzfreien Diät und der Kationrelation sowie über Gesichtspunkte für eine rationelle Ernährungsmethode.* *Deutsche med. Woche Nr. 5, 1931.*
NEUBERGER:	*Verhandlungen des IV. Derm.-Kongresses in Breslau, 1894.*
RUETE, A. E.:	*Lichen ruber planus pemphigoides.* *Dermat. Wochenschrift, Bd. 53, 1928.*
SÁINZ DE AJA:	*Der Lichen pemphigoides.* *Actas dermo. sifilogr. Jg. 16, Nr. 3.* *Ref. Dermat. Zentralbl., Bd. 15, 1925.*
TAMM:	*Über das Auftreten von Blasen bei Lichen ruber planus.* *Dermat. Zeitschrift, Bd. 22, H. 9, 1915.*
TRAUTMANN:	*Lichen ruber pemphigoides.* *Dermat. Zeitschrift, Bd. 13, H. 5, 1906.*
TRÝB:	*Lichen ruber pemphigoides.* *Dermat. Wochenschrift, Bd. 74, 1922.*

LEBENSLAUF.

Ich bin am 23. August 1906 in Hirschberg/Schlesien geboren als Tochter des Rabbiner Dr. Max Biram und seiner Ehefrau Paula, geb. Lasch. Ich besuchte in Hirschberg das Lyzeum und das Realgymnasium und machte im Herbst 1926 das Abitur. Ich studierte Zahnheilkunde in Berlin, Rostock, wo ich das Physikum machte, und in Hamburg. Hier bestand ich am 4. Juli 1930 das Staatsexamen als Zahnärztin mit „gut" Seit dieser Zeit assistiere ich und habe an meiner Doktor-Dissertation gearbeitet.

LOUIS NACHMANN, HAMBURG 36, DÜSTERNSTRASSE 8